



**AUF  
DER  
BULT**

KINDER- UND  
JUGEND-  
KRANKENHAUS

DIABETESAMBULANZ

Name, Vorname Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Patient: \_\_\_\_\_

Benötigtes Material	Anzahl	Name/Sorte/ Hersteller
		PZN
Insulin		
		PZN:
Meßstreifen		
		PZN:
Pen-Nadeln/Katheter		
		PZN
Reservoir		
		PZN
Lanzetten		
		PZN
Sonstiges (Tupfer, Ketontest, Baqsimi, etc.)		
		PZN



**AUF  
DER  
BULT**

KINDER- UND  
JUGEND-  
KRANKENHAUS

DIABETESAMBULANZ

Name, Vorname Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum Patient: \_\_\_\_\_

Benötigtes Material	Anzahl	Name/Sorte/ Hersteller
		PZN
Insulin		
		PZN:
Meßstreifen		
		PZN:
Pen-Nadeln/Katheter		
		PZN
Reservoir		
		PZN
Lanzetten		
		PZN
Sonstiges (Tupfer, Ketontest, Baqsimi, etc.)		
		PZN